

隈病院 初診予約申込書

*コピー機で複写してお使いください

申込日： 年 月 日

隈病院 地域医療連携室行

FAX:078-371-6819

受付時間 8:30~16:30

時間外の申込は翌営業日にお返事いたします。

休診日：日曜日、祝日、第2土曜日

お問合せ TEL:078-371-3741

貴院名：

郵便番号：

TEL：

FAX：

医師名：

ご担当者名：

太枠内をご記入の上、本票と紹介状を隈病院までFAXしてください。*4 *5

フリガナ													<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
患者氏名	姓						名									
旧姓													←カルテ二重登録防止確認のため、ご記入ください。			
生年月日	西暦	大正	昭和				年			月			日			歳
電話番号	自宅						—						—			
	携帯など日中の連絡先						—						—			
患者状況	<input type="checkbox"/> 当院初診時入院中						<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー									
診療科	<input type="checkbox"/> 甲状腺		<input type="checkbox"/> 副甲状腺		<input type="checkbox"/> 乳腺		<input type="checkbox"/> その他									
希望医師	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり 医師名 *1													
受診希望日 (土曜日を除く)	第1希望 月 日						第2希望 月 日									
	<input type="checkbox"/> 希望日なし						←特にご都合の悪い日があれば、ご記入ください。									
備考欄																

※1 当院のホームページに掲載しております外来診察担当予定表をご参照ください。受診希望日に希望医師の診察がない場合、別日で調整いたします。

※2 確定した予約日時を変更、キャンセルする場合、紹介元医療機関より当院までご連絡ください。

※3 予約受付完了後、地域連携ご担当の部署へ「紹介患者予約票」「問診票」「診療申込書」をFAXいたしますので患者様にお渡しください。

※4 紹介状は貴院様式をご利用ください。

※5 当院に受診歴がある方は本申込書での予約はとれません。患者様ご自身での再診予約をお願いいたします。

再診予約専用電話番号：**078-371-0489**

再診予約は当院のホームページからもご予約いただけます。

隈病院ホームページ <https://www.kuma-h.or.jp>